

Antrag auf Förderung



gemäß der Richtlinie zur Förderung
der Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten
im gesamten Stadtgebiet von Bad Pyrmont vom 01.07.2024

Alle Pflichtfelder sind mit einem * gekennzeichnet. **Zutreffendes bitte ankreuzen.**
Nur vollständig ausgefüllte Anträge können bearbeitet werden.

Der Antrag auf Förderung gem. der oben genannten Richtlinie ist sorgfältig auszufüllen und gemeinsam mit den erforderlichen Antragsunterlagen (s. Ziffer 5 des Antrags) per Mail an (s.stuckenberg@stadt-pyrmont.de) zu übersenden. Alternativ auch per Post an die Stadt Bad Pyrmont, Wirtschaftsförderung, Rathausstraße 1, 31812 Bad Pyrmont.

1. Antragstellerin/Antragsteller

- Antragsberechtigt sind Ärztinnen und Ärzte, die sich nach Inkrafttreten dieser Förderrichtlinie im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung mit einer Haus- oder Facharztpraxis im Stadtgebiet von Bad Pyrmont niederlassen wollen. Gleiches gilt für Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Ärztinnen/Ärzte oder Berufsausübungsgemeinschaften, wenn diese Ärztinnen oder Ärzte einstellen, die noch nicht in Bad Pyrmont praktizieren.
- Förderungs- und antragsberechtigt sind auch Ärztinnen und Ärzte, die noch nicht in Bad Pyrmont praktizieren und eine Praxis einer ausgeschiedenen Ärztin/eines ausscheidenden Arztes im Stadtgebiet Bad Pyrmont übernehmen oder eine Zweigpraxis einrichten wollen. Ebenfalls antragsberechtigt sind Kinderärztinnen und Kinderärzte, sofern sich am Standort nur eine praktizierende Kinderärztin oder Kinderarzt befindet.

**Vorname und Name
(der Antragstellerin/ des Antragstellers):***

**Komplette Hausanschrift
(der Antragstellerin/des Antragstellers):***

Geburtsdatum und -ort:*

E-Mail:*

Telefon/Mobil:*

1.1 Beruflicher Status (bitte ankreuzen):*

<input type="checkbox"/>	Ich bin noch kein/e zugelassene/r Vertragsarzt/-ärztin.
<input type="checkbox"/>	Ich bin ein/e Einzelpraxis zugelassene Vertragsarzt/-ärztin.
<input type="checkbox"/>	Ich bin Vertretungsberechtigte/r der Berufsausübungsgemeinschaft.
<input type="checkbox"/>	Ich bin Vertretungsberechtigte/r des Medizinischen Versorgungszentrums.

**Vollständiger Name der BAG
/des MVZ:***

1.2 Bankverbindung zur Überweisung der einmaligen Zuwendung bei vollem/anteiligem Versorgungsauftrag:*

IBAN:* (Eingabe mit Leerzeichen)

Kreditinstitut oder BIC:*

Kontoinhaberin/Kontoinhaber: (sofern abweichend vom Antragssteller/Antragstellerin)

Steuernummer:*

Steuer-Identifikationsnummer:*

2. Antragsdaten

2.1 Ich beantrage einen Investitionskostenzuschuss nach Punkt 4 der Richtlinie zur Förderung der Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten im gesamten Stadtgebiet von Bad Pyrmont.

2.2 Die Zulassung/Anstellung erfolgt in folgendem Fachgebiet (bitte ankreuzen):*

Hausarzt/-ärztin (Allgemeinmediziner / hausärztliche Internisten)

Kinderarzt/-ärztin

Facharzt/-ärztin – Fachrichtung:

2.3 Benennung des Vertragsarztsitzes/Zweigpraxisstandortes, an dem die förderfähige Maßnahme erfolgen soll:*

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

2.4 Handelt es sich bei der Ansiedlung um eine geplante Niederlassung bzw. Praxisübernahme? (bitte ankreuzen):*

Niederlassung

Praxisübernahme

Hiermit bestätige ich, dass die Niederlassung bzw. Praxisübernahme in den nächsten sechs Monaten nach Antragstellung erfolgt.

Nein

2.5 Ich möchte folgende Niederlassung eröffnen/übernehmen (bitte ankreuzen):*

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis

Zweigpraxis

Medizinisches Versorgungszentrum

2.6 Die Zuwendung wird beantragt (bitte ankreuzen):*

als Zuwendung bei Übernahme eines bestehenden Arztsitzes.

als Zuwendung bei der Neuerrichtung eines Arztsitzes.

als Zuwendung bei Anstellung einer Ärztin / eines Arztes.

als Zuwendung bei Gründung einer Zweigpraxis.

als Zuwendung aufgrund folgenden Sachverhalts: **(bitte genau darstellen)**

2.7 Verwendungsnachweis (bitte ankreuzen):*

Hiermit bestätige ich, der Stadt Bad Pyrmont mit Aufnahme der praktizierenden Tätigkeit, spätestens jedoch nach Ablauf von zwölf Monaten nach Zugang des Förderbescheids, unaufgefordert Nachweise über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel der Einmalzahlung vorzulegen. Dies kann in Form von Rechnungen oder in anderer geeigneter Form erfolgen.

2.8 Die Umsetzung der förderfähigen Maßnahme erfolgt zum:*

3. Ergänzende Angaben zu vorherigen Förderungen (bitte ankreuzen):*

Ich habe bisher keine Förderung im Rahmen der Richtlinie erhalten.

Ich habe bisher eine Förderung im Rahmen der Richtlinie erhalten.

Wenn Sie bereits eine Förderung im Rahmen dieser Richtlinie erhalten haben, erklären Sie bitte schriftlich, dass es sich beim neuen Vorhaben auch tatsächlich um ein neues Vorhaben handelt:

Ich erhalte keinen weiteren Zuschuss des Bundes, des Landes Niedersachsen oder des Landkreises Hameln-Pyrmont.

Ich erhalte einen weiteren Zuschuss des Bundes, des Landes Niedersachsen oder des Landkreises Hameln-Pyrmont. Wenn ja, bitte genaue Bezeichnung:

4. Verpflichtungen / Persönliche Erklärungen

4.1 Ich verpflichte mich,

- innerhalb von sechs Monaten nach der zulassungsrechtlichen Entscheidung eine vertragsärztliche Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt bzw. Fachärztin/Facharzt im Fördergebiet aufzunehmen bzw. durch eine Ärztin / einen Arzt aufnehmen zu lassen,
- die Praxis oder Niederlassung bzw. die entsprechende Anstellungsgenehmigung im Bereich der haus- oder fachärztlichen Versorgung der in der Richtlinie unter Punkt 2 Nr.1. benannten Arztgruppen, für mindestens zehn Jahre aufrechtzuerhalten, bzw. fünf Jahre davon selbst zu führen und bei Verkauf der Praxis sicherzustellen, dass die Verpflichtung auf die verbleibenden Jahre bis zur Vollendung der Zehnjahresfrist auf den neuen Praxisinhaber übergeht, oder sich verpflichten, entsprechend dem Förderzweck geeignetes Personal zu beschäftigen,
- eine Beendigung der Tätigkeit unverzüglich der Wirtschaftsförderung und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) anzuzeigen.

4.2 Ich gewährleiste,

- dass die ambulante vertragsärztliche Versorgung mit mindestens 22,5 Stunden pro Woche werktätig ausgeübt wird.

4.3 Ich erkläre, dass

- ich alle Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, gewissenhaft und vollständig nach bestem Wissen und Gewissen und wahrheitsgetreu gemacht habe,
- mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde und auch vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheids nicht begonnen wird. Als Vorhabenbeginn ist grundsätzlich z.B. der Abschluss eines Kauf- oder Mietvertrages für Praxisräume oder der Kaufvertrag für medizinische Geräte (beachte dazu Punkt 5 Nr. 2 der Richtlinie) anzusehen.
- ich zum Vorsteuerabzug (bitte ankreuzen)

nicht berechtigt bin

berechtigt bin und dies bei der Berechnung der Gesamtausgaben berücksichtigt habe (Preise ohne Umsatzsteuer),
- ich der Stadt Bad Pyrmont als Bewilligungsbehörde auf Verlangen die zur Aufklärung des Sachverhalts und Bearbeitung des Antrags erforderlichen Unterlagen und Informationen unverzüglich zur Verfügung stellen werde,
- ich davon Kenntnis genommen habe, dass bei Abweichung von allen Angaben in diesem Antrag, von denen die Bewilligung, Gewährung oder das Belassen der Zuwendung abhängig ist, zu Rückforderungen führen kann und dass jegliche Änderung hinsichtlich der im Zuwendungsantrag gemachten Angaben der Stadt Bad Pyrmont unverzüglich mitzuteilen ist,
- ich davon Kenntnis genommen habe, dass kein Rechtsanspruch auf Gewährung einer Förderung nach der Richtlinie besteht,
- ich einer etwaigen Überprüfung durch das Rechnungsprüfungsamt der Stadt Bad Pyrmont zustimme und für Prüfungszwecke die für die Förderung relevanten Unterlagen ab Gewährung der Billigkeitsleistung zehn Jahre lang aufhebe.

4.4 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- die Stadt Bad Pyrmont, die sich aus den Antragsunterlagen und der Förderung ergebenden Daten gemäß der DSGVO erhebt, weiterverarbeitet und speichert,
- im Falle von Falschangaben oder Zuwiderhandlungen gegen die Richtlinie die Stadt Bad Pyrmont weitere Zuschusszahlungen verweigern kann und ich bereits erhaltene Zuschüsse zurückzahlen muss,
- unrichtige oder unvollständige Angaben sowie das Unterlassen einer Mitteilung über Änderungen in diesen Angaben, die Strafverfolgung wegen Subventionsbetrug (§ 264 StGB) zur Folge haben können.

4.5 Ich erkenne die gültige Richtlinie zur Förderung der Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten im gesamten Stadtgebiet von Bad Pyrmont vom 01.07.2024 an.

5. Beigefügte Anlagen (sind zwingender Bestandteil des Förderantrages):

<input type="checkbox"/>	Nachweis der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) über die vertragsärztliche Zulassung.
<input type="checkbox"/>	Ein schlüssiger Businessplan, in dem sich mit allen für die Gründung relevanten Aspekten befasst wird.
<input type="checkbox"/>	Bescheinigung einer Praxisübernahme oder Neueinrichtung
<input type="checkbox"/>	Kopie des geschlossenen Mietvertrags
<input type="checkbox"/>	Kopie Personalausweis (Vorder- und Rückseite)

Hinweise zum Antrag

1. Gefördert werden Aufwendungen (Investitionskosten), die mit dem Erwerb und der Ausstattung einer Praxis oder der Anstellung eines Facharztarztes / einer Fachärztin zusammenhängen.
2. Förderungsfähig im Sinne von Abs. 1 sind Investitionskosten, die in Höhe von 50 % der aufgewendeten Kosten für die in der Richtlinie unter Punkt 4 Nr. 2 definierten Verwendungsbereiche, bis zu einmaligen Fördersummen bis zu 30.000,00 € bei vollem Versorgungsauftrag, gewährt werden. In Einzelfällen kann die Höhe der Zuwendung auf bis zu max. 60.000,00 € erweitert werden. Bei der Besetzung eines anteiligen Versorgungsauftrages erfolgt eine entsprechende anteilige Förderung.
3. Die Anträge werden in der Reihenfolge des Antragseingangs bearbeitet. Anträge gelten erst dann als formal ordnungsgemäß gestellt, wenn sämtliche antragsbegründenden Unterlagen zur Prüfung vorliegen.
4. Die Stadt Bad Pyrmont ist berechtigt, zur Prüfung des Antrags zusätzliche Informationen sowie ergänzende Unterlagen und Nachweise anzufordern.
5. Die Bewilligung der Förderung und weiterer Modalitäten der Bewilligung und Auszahlung erfolgt durch einen Zuwendungsbescheid von der Stadt Bad Pyrmont. Das Verfahren endet, wenn alle Mittel vergeben wurden.

Bad Pyrmont den,

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers